



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MORAN ARCENIO OLIVERA CHAVEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Moran Arcenio Olivera Chavez**

Correo electrónico institucional: **moranoch@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina del Instituto Nacional Politecnico**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Julio de 1984**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administración Publica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica y Privada, S.C.**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Coapa Esquina Carrasco**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria de Tlalpan Viii**

Número exterior: **53**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Código postal: **14050**

Especifique función principal: **Otro - Medico General**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2010** Teléfono de oficina y extensión: **56443282**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor Catedratico**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Profesor de Anatomia**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Educacion Publica**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2002**

Fecha de egreso: **2 de Septiembre de 2005**

Área de adscripción / Área: **Escuela Nacional de Homeopatia del ipn**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **434,637.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **260,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **260,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PRESTAMO BANCARIO**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **694,637.00**